



MemorialCare™

CONDICIONES DE INGRESO

- Long Beach Medical Center
- Miller Children's Hospital Long Beach
- Community Medical Center
- Orange Coast Medical Center
- Saddleback Medical Center

1. **ARBITRAJE:** Entiendo que toda disputa que surja a raíz de mi consulta como paciente externo o al hospital, mi hospitalización o del acuerdo de las Condiciones de Ingreso (COA, por sus siglas en inglés) será determinada exclusivamente por medio de arbitraje conforme lo dispuesto por la ley de California (y según lo acordado a continuación) únicamente por individuo y no por demanda ni recurriendo a un proceso judicial salvo lo estipulado por la ley de California para la revisión judicial de diligencias de arbitraje.

También entiendo que cualquier disputa de malpraxis médica, es decir si algún servicio médico prestado bajo este contrato fue innecesario o no autorizado o prestado de manera inadecuada, negligente o incompetente será determinada por medio de arbitraje conforme a lo dispuesto por la ley de California y no por demanda ni recurriendo a un proceso judicial salvo lo estipulado por la ley de California para la revisión de diligencias de arbitraje. Al quedar de acuerdo con este contrato, ambas partes renuncian a su derecho constitucional de que cualquier disputa se decida en un tribunal de derecho ante un jurado y en su lugar aceptan el uso de arbitraje. Dicho arbitraje debe ser conforme a la ley de California que incluye, pero no se limita a las disposiciones de la ley de reforma de la indemnización por lesiones médicas. Este acuerdo de arbitraje aplicará a todas y cada una de dichas disputas o reclamos que surjan de la atención médica u hospitalaria, el tratamiento o los servicios relacionados con esta hospitalización contra el hospital o sus empleados y cualquier médico, cirujano, dentista, cirujano oral o podólogo acordando por escrito quedar obligados por esta disposición a menos que el paciente o suscrito ponga sus iniciales a continuación o a menos que lo rescinda por escrito dentro de 30 días después de haber firmado.

Se comunicará de la demanda de arbitraje por escrito a todas las partes. Cada parte elegirá un árbitro dentro de 90 días de la demanda de arbitraje por escrito y un tercer árbitro (neutral) será elegido por los árbitros nombrados por las partes dentro de 90 días a partir de entonces. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado los asuntos de responsabilidad y daños mediante una solicitud por escrito al árbitro neutral.

Un acuerdo de arbitraje no será requisito previo a que se brinden servicios bajo este COA.

He leído y entiendo la disposición de Arbitraje y estoy de acuerdo / no estoy de acuerdo (encierre uno en un círculo) con sus términos y condiciones. Iniciales: X _____

2. **CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS:** Doy mi consentimiento para los procedimientos que pudieran llevarse a cabo durante esta hospitalización o consulta para pacientes externos, los cuales pueden incluir pero no se limitan a procedimientos de laboratorio, radiografías, mamografía, servicios médicos o quirúrgicos, servicios de telesalud o anestesia brindados bajo las instrucciones generales o especiales de mi médico, y estudios de evaluación requeridos por ley.

3. **SERVICIO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA Y HOSPITALARIA:** Entiendo que estoy bajo la atención y supervisión de mi médico a cargo y que es la responsabilidad del hospital y de su personal de enfermería llevar a cabo las instrucciones de dicho médico. Además, entiendo que el hospital solamente brinda atención de enfermería general y atención indicada por mi(s) médico(s), y que el hospital no es responsable por la falta de atención de una enfermera a nivel privado. Por medio de la presente eximo al hospital de cualquier responsabilidad a partir del hecho de que el hospital no me brinde esta atención médica adicional.

4. **RELACIÓN LEGAL ENTRE EL HOSPITAL Y EL MÉDICO:** Entiendo que (i) todo médico y cirujano que me brinden servicios, incluyendo radiólogos, patólogos, anestesiólogos, neonatólogos, especialistas en cuidados intensivos, médicos del departamento de emergencia, y otros médicos que trabajan en el hospital, son contratistas independientes y no son empleados o agentes del hospital, y por consiguiente que (ii) los honorarios por los servicios brindados por los médicos que trabajan en el hospital se hace por separado y son independientes de los cobros hospitalarios, lo cual significa que recibiré más de una factura por los servicios.

He leído y entiendo la disposición sobre la Relación legal entre el hospital y el médico y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones. Iniciales: X _____

5. **ARTÍCULOS PERSONALES Y DE VALOR:** Se me ha recomendado dejar mis artículos personales de valor en casa. Yo entiendo que el hospital no es responsable de mi propiedad personal, artículos de valor ni pertenencias y asumo el riesgo de pérdida de, o daño a, mi propiedad personal, artículos de valor o pertenencias no colocados en la caja fuerte del hospital. Yo entiendo que la responsabilidad potencial de pérdida de cualquier propiedad personal, artículo de valor o pertenencia mía colocado en la caja fuerte del hospital por seguridad se puede limitar por estatuto a un máximo de quinientos dólares (\$500.00).

He leído y entiendo la disposición sobre los Artículos personales y de valor y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones. Iniciales: X _____

Se entregará una copia de este documento al paciente y a toda persona que firme este documento.

**NO ES PARTE DE LA
HISTORIA CLÍNICA**

DESECHAR

6. **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR:** Autorizo la toma de fotografías o videos mientras recibo tratamiento con propósito de mi diagnóstico, tratamiento, o para las operaciones del hospital, incluyendo una revisión por pares y programas de educación o capacitación. Entiendo que un consentimiento por separado será necesario para fotografías con otro propósito (p. ej. comercialización o relaciones públicas).
7. **PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MÉDICA Y CAPACITACIÓN CLÍNICA:** Entiendo que este hospital participa en programas educativos y que a menos que yo notifique al hospital de lo contrario por escrito, yo doy mi consentimiento para recibir tratamiento por parte de médicos residentes, becarios, o estudiantes quienes están bajo supervisión adecuada tal y como se requiere por dichos programas de educación médica y capacitación clínica.
8. **LA PARTICIPACIÓN EN EL HEALTH INFORMATION EXCHANGE (INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD) (HIE, por sus siglas en inglés):** Entiendo que este hospital podría participar en un Health Information Exchange (HIE) a nivel local, regional o nacional incluyendo, pero sin limitarse a, la National Health Information Network (Red nacional de información de salud) (NHIN, por sus siglas en inglés). El propósito de la participación de este hospital en un HIE es facilitar el acceso a y la recuperación de datos clínicos como parte del esfuerzo continuo del hospital de brindar atención más segura y a tiempo, eficiente, eficaz y centrada en el paciente. El HIE podría también ser útil para las autoridades de salud pública para ayudar en los análisis de la salud de la población. La información personal de la salud que actualmente de acuerdo a la ley exige una firma de autorización adicional para su divulgación NO SERÁ transmitida a un HIE sin mi consentimiento, o como de otra manera lo ordena la ley o los requisitos normativos. Para obtener información más detallada acerca del HIE, por favor consulte nuestra Joint Notice of Privacy Practice (Notificación conjunta sobre las prácticas de confidencialidad) o con el Director de confidencialidad/cumplimiento de MemorialCare al (714) 377-3218.
9. **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Entiendo que tengo derechos y responsabilidades bajo las leyes estatales y federales y que el hospital me proporcionará asistencia, incluyendo la de un intérprete, si necesito ayuda para entender estos derechos y responsabilidades.
10. **ASIGNACIÓN IRREVOCABLE DE TODOS LOS DERECHOS Y BENEFICIOS:** A cambio de, y en conexión con, todos y cualquiera de los servicios que me brindo ("Servicios") el hospital, así firme yo como paciente o como agente, le asigno irrevocablemente al hospital todos mis derechos, beneficios, privilegios, protecciones, reclamos y de más intereses de cualquier tipo en absoluto, sin limitaciones, incluyendo el pago directo al hospital por los Servicios, derecho de apelación, derecho a las obligaciones fiduciarias, derecho a demandar, derecho al pago y derecho a multas o intereses (colectivamente "Derechos") que tuve, tengo o podría tener en un futuro de acuerdo a, o en conexión con, cualquier plan de seguro, plan de beneficios de la salud, fondo fiduciario o cualquier otra fuente de pago, seguro, indemnización o cobertura médica o de salud de cualquier tipo (colectivamente "Cobertura de salud"), de tal manera que por el presente cedo todos y no retengo ninguno de estos Derechos bajo cualquier Cobertura de salud a la cual ahora tengo, tuve previamente o podría tener derecho en un futuro. En la misma medida que se ha autorizado esta asignación irrevocable de Derechos, también autorizo la asignación del pago a el(los) médico(s) por el tratamiento y los servicios prestados durante mi hospitalización o atención como paciente externo.
 Por el presente acuerdo cooperar personalmente con, y tomar todos los pasos necesarios, requeridos o solicitados razonablemente por cualquier Cobertura de salud, para efectuar, perfeccionar, confirmar o validar mi asignación y/o mi autorización del hospital como mi representante autorizado.
 Entiendo que soy económicamente responsable por los cobros no cubiertos por esta asignación o por cobros que no hayan sido pagados por la compañía aseguradora dentro de cuarenta y cinco (45) días después de la fecha de emisión de la factura
11. **ACUERDO ECONÓMICO:** Estoy de acuerdo en pagar sin demora al hospital todas las facturas de acuerdo con los precios que aparecen en la lista actual del maestro de descripción de cobros, y con los términos regulares y normas del hospital, incluyendo su atención de caridad y normas de descuento de pagos. Entiendo que un saldo no pagado más de treinta (30) días después de la presentación de la factura de egreso o como se haya acordado mutuamente a través de un contrato con un tercero se considerará moroso. Si mi cuenta fuera enviada a un abogado para reclamo de cobros, pagaré los costos razonables de abogado y de reclamo de cobros. Reconozco que todas las cuentas morosas llevarán interés a una tasa legal a menos que la ley lo prohíba.
12. **OBLIGACIÓN DEL PLAN DE SALUD:** Se me ha informado que el hospital mantiene una lista de planes de salud con los cuales contrata, que la lista de dichos planes está disponible a petición en la Oficina de Finanzas, y que el hospital no tiene contrato, ni explícito ni implícito, con ningún plan que no aparece en la lista. Es mi responsabilidad determinar si los médicos que me proporcionan servicios contratan con mi plan de salud, si hubiese alguno. Acuerdo pagar todos los costos por todos los Servicios que me preste el hospital si pertenezco a un plan que no aparece en la lista mencionada anteriormente, o si los Servicios que me proporcionan no están cubiertos por mi plan. Todos los médicos y cirujanos, incluyendo al radiólogo, patólogo, médico de la sala de emergencias, anestesiólogo, y otros, enviarán facturas por separado por sus servicios.

Se entregará una copia de este documento al paciente y a toda persona que firme este documento.

**NO ES PARTE DE LA
HISTORIA CLÍNICA**

DESECHAR

